1812. Medical Library
Dpl. 1894

Ein Fall von Fibromyom der hinteren Muttermundslippe.

Inaugural - Dissertation

zur

Erlangung der Doctorwürde

in der

Medizin, Chirurgie und Geburtshülfe,

welche

nebst beigefügten Thesen

mit Zustimmung der hohen Medicinischen Facultät

der Königl. Universität Greifswald

am

Freitag, den 12. Januar 1894

mittags $12^1/_2$ Uhr

öffentlich verteidigen wird

Eckhard Briest

prakt. Arzt aus Greifswald.

Opponenten:

Herr Dr. med. Silberkuhl, Assistenzarzt d. hies. Augenklinik.
Herr Dr. med. Fritz Bansi.
Herr cand. med. Anton Schlafke.

Greifswald.
Druck von Julius Abel.
1893.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA40154003_0358

Dem Andenken

seines unvergesslichen Vaters

und seiner lieben Mutter

gewidmet.

Bei der grossen Häufigkeit der von Virchow als Fibromyome oder als Myofibrome bezeichneten Geschwülste ist die Seltenheit ihres Auftretens am unteren Uterusabschnitte und die noch grössere Seltenheit, mit welcher sie am Cervix uteri angetroffen werden, eigentümlich und schwer zu erklären.

Von gewissem Interesse dürfte daher die Mitteilung eines neuen Falles eines Fibromyoms der hinteren Muttermundslippe sein, der vor kurzem in der hiesigen Universitäts-Frauenklinik operiert und zwecks Verwendung für eine Dissertation von Herrn Geheimrat Professor Dr. Pernice mir gütigst überlassen wurde.

Die Trägerin dieser Neubildung wurde am vierten November 1893 in die hiesige gynaekologische Klinik aufgenommen.

Patientin ist eine 43 Jahre alte Frau. Dieselbe hat vor zwanzig Jahren eine normale Geburt durchgemacht. Die menses waren stets unregelmässig und traten in Pausen von vierzehn Tagen bis drei Wochen

ein. Die Menstrualblutungen waren immer ausserordentlich stark. Vor sechs Wochen ist, wie Patientin angiebt, bei harter Arbeit eine Geschwulst aus den äusseren Geschlechtsteilen hervorgetreten. Aus der Geschwulst fanden von Zeit zu Zeit starke Blutungen statt.

Status praesens vom 4. November 1893.

Patientin ist eine mittelgrosse Frau von kräftigem Körperbau, leidlich gutem Ernährungszustande, bleicher Gesichtsfarbe. Appetit, Stuhlgang und Urin sind normal.

Die Untersuchung ergiebt, dass aus den äusseren Geschlechtsteilen eine birnenförmige, etwa faustdicke Geschwulst hervorragt. Dieselbe ist von ziemlich fester Consistenz, glatter, an einzelnen Stellen erodiert erscheinender Oberfläche. Die Erosionen sondern etwas übelriechendes Sekret ab. Wenn man oberhalb des Tumors mit dem untersuchenden Finger in die Scheide eingeht, so fühlt man den Muttermund, welcher eröffnet ist, sowie die vordere Muttermundslippe. Die hintere Muttermundslippe ist nicht zu fühlen, da von ihr der Tumor ausgeht. Hinter dem Tumor gelangt der untersuchende Finger in das hintere Scheidengewölbe. Die Sonde gleitet leicht in den Muttermund und reicht normal weit in die Uterinhöhle hin-

ein. Bimanuell lässt sich etwas schwierig von Scheide und Mastdarm aus ein normaler Uterus abtasten. Die Patientin wird in üblicher Weise zur Operation vorbereitet.

Am 6. November 1893

findet die Operation in Chloroformnarkose statt.

Die Patientin wird auf dem Operationstische in Steinschnittlage gelagert. Das Operationsfeld wird geseift, gebürstet und desinficiert. Durch zwei in die vordere Muttermundslippe eingehakte Muzeaux'sche Zangen wird der Uterus stark nach unten dislociert, so dass der Muttermund in der Schamspalte erscheint. Nun wird der Tumor durch senkrecht zu seiner Längsachse gelegte Messerzüge von der hinteren Muttermundslippe abgetrennt. Dabei kommt es zu einer ziemlich starken Blutung.

Um diese zu stillen, werden beide Wundränder durch sieben dicke Catgutnähte vereinigt. Dadurch wird eine annähernd normal gestaltete hintere Muttermundslippe geschaffen. Cervix und Scheide werden mit Jodoformgaze tamponiert. Die Wunde heilte reaktionslos; Patientin konnte nach sechs Tagen geheilt entlassen werden.

Die nähere Untersuchung des excidierten Tumors ergiebt nun folgendes:

Der Tumor hat eine Länge von 13 cmtr., ist 8 cmtr. breit und 6 cmtr. dick. Der durchtrennte rundliche Stiel hat einen Durchmesser von 4 cmtr. Der obere und bei weitem grössere Teil des Tumors hat eine grauweisse, etwas milchig erscheinende Oberfläche. Dieselbe fühlt sich derb an und hat nach Aussehen, Consistenz und Dicke ihrer Schicht grosse Ähnlichkeit mit der äusseren Haut und ist ebenso wie die äussere Haut in einer Dicke von anderthalb bis einem mmtr. verschieblich. Im Gegensatze hierzu besitzt der untere kleinere Teil des Tumors eine graurötliche und mehr transparente Oberfläche. Beide Teile der Oberfläche sind durch eine scharfe Grenze getrennt, und zwar ergiebt die mikroskopische Untersuchung, dass die obere Partie von einer breiten, an der Oberfläche in Verhornung übergegangene Schicht von Plattenepithel bedeckt ist, die in derselben Weise, wie das Epithel der äusseren Haut regelmässig verlaufende Fortsätze zwischen die Papillen des rete Malpighii in die Tiefe sendet.

An dem unteren Teil des Tumors mit der graurötlichen Oberfläche fehlt jegliche epitheliale Bedeckung. Die obersten Partien erscheinen bei der frischen Untersuchung nach Essigsäurezusatz sehr kernreich. Auf dem Durchschnitt zeigt sich, dass

dem verschiedenen Aussehen der Oberfläche auch eine Verschiedenheit der Schnittfläche des Tumors entspricht.

Beim Durchschneiden quillt aus der unteren Partie, welche die graurötliche Oberfläche besitzt, reichlich gelbliche, wässerige Flüssigkeit hervor. Dieser ganze Teil ist stark oedematös aufgequollen. Nachdem der Tumor einen Tag gelegen hat, ist ein grosser Teil der Oedemflüssigkeit von der Schnittfläche herausgetreten, so dass man circa 40—50 cbcmtr. klarer Oedemflüssigkeit auf dem Teller vorfindet.

Abgesehen von dieser oedematösen Aufquellung hat diese untere Partie ein homogenes, grau-weisses Aussehen, und mikroskopische Präparate geben uns ein sehr kernreiches, im übrigen aber typisches Bild der gewöhnlichen Uterusfibromyome. Der obere, mit einer breiten Schicht von Plattenepithelien bekleidete Teil des Tumors hat nicht dieses gleichmässig homogene Aussehen; wir finden hier makroskopisch unregelmässig abgeteilte Felder von verschiedener Opacität. Mikroskopisch erkennt man auch hier in verschiedenster Richtung verlaufende Faserzüge mit länglichen, stäbchenförmigen Muskelkernen.

Bei der Untersuchung gefärbter Präparate erweist sich der Tumor als ein gewöhnliches Fibromyom,

dessen grösserer oberer Teil von einer dicken Schicht Plattenepithelien bedeckt ist und die gewöhnliche Anzahl von länglichen, stäbchenförmigen Muskelkernen besitzt. Der untere kleinere Teil hingegen, der bei der frischen Untersuchung starke, oedematöse Aufquellung erkennen liess und dem eine epitheliale Bedeckung völlig fehlt, besitzt eine grosse Menge von Blutgefässen und eine grosse Anzahl von Kernen. Besonders in der Nähe der Oberfläche tritt der Reichtum an kleinen unregelmässigen Kernen sehr hervor.

Wir haben es hier also mit einem durch seine Grösse und vor allen Dingen durch seinen Sitz bemerkenswerten Fibromyom zu thun, dessen oberer Teil mit einer dicken und verschiebbaren Schicht von Plattenepithelien derartig bedeckt ist, dass das mikroskopische Bild dem der äusseren Haut ähnlich sieht; wir finden ferner den unteren Teil des Tumors ohne eine epitheliale Oberfläche und durch entzündliche Vorgänge verändert.

Durch das Fehlen dieser schützenden Epitheldecke, sowie durch den ausserordentlichen Reichtum an Blutgefässen erklären sich leicht die starken Blutungen, an denen die Trägerin des Tumors zu leiden hatte. Das Fehlen des Epithels selbst an dem unteren Abschnitte der Geschwulst findet seine Er-

klärung darin, dass diese Partie, die aus der Scheide hervorragte, allen möglichen mechanischen Insulten ausgesetzt war und sind auch diesem Umstande die entzündlichen Vorgänge in diesem Teil zuzuschreiben.

Obwohl, wie oben kurz angedeutet, das Auftreten von Fibromyomen am collum uteri sehr selten zur Beobachtung kommt, — nach Thomas Lee auf 74 Uterusmyome nur 4 am collum uteri, nach Courty unter 131 des corpus nur 21 — so treffen wir auch hier wieder, ebenso wie am corpus uteri, subscröse, intraparictale und submucöse an. Die ersteren, nach aussen wachsenden Cervicalmyome sind die seltensten und sind namentlich selten, wenn sie im Bereiche der Vaginalportion entspringen. In diesem Falle pflegen sie als knollige Tumoren die Scheidenschleimhaut hervorzubuchten. Etwas häufiger sind die submucösen, die bei ihrem Ausgang von der Innenseite der Muttermundslippe die Gestalt des uterus derartig verändern können, dass die Diagnose bedeutend erschwert wird, um so mehr, wenn die Geschwulst eine beträchtliche Grösse erreicht hat. Es kann in diesem Falle die Muttermundslippe fast vollständig verschwinden, die Muttermundsöffnung so weit in die Höhe gedrängt sein, dass man beim ersten Anblick zu der Annahme kommt, man habe es mit einer inversio uteri zu thun.

Und zwar kommt man zu dieser irrtümlichen Diagnose um so mehr, wenn sich das Fibromyom interstitiell entwickelt und eine beträchtliche Grösse erreicht hat.

Auch in unserem Falle konnte man beim ersten Anblick an die Diagnose einer inversio uteri denken. Da unser Tumor in direktem Zusammenhang mit der Uterussubstanz stand, so ist die Annahme, dass derselbe zu der Form der interstitiellen zu rechnen ist, wohl nicht ungerechtfertigt.

Treten wir nun der Frage näher, wie verhalten sich nun derartige Tumoren inbezug auf das Wachstum und welche Veränderungen gehen dieselben ein. Es ist bekannt, dass die vorwiegend aus muskulösen Elementen bestehenden Tumoren, die reinen Myome, in kurzer Zeit bedeutend an Grösse zunehmen können, und zwar ist ein rapides Wachstum bei einer gleichzeitig bestehenden Gravidität beobachtet worden. Je mehr sie jedoch aus Bindegewebe bestehen, um so langsamer pflegen sie an Grösse und Umfang zuzunehmen. Da bei der mikroskopischen Untersuchung sich unser Tumor als eine Mischform erwies, in dem bindegewebige und muskulöse Elemente annähernd in gleicher Menge vorhanden waren, so ist die Vermutung nahe gelegt, dass bereits längere Zeit der

Tumor bei der Patientin bestanden und sich in langsamer Weise vergrössert hat. Wie lange er bestanden hat, lässt sich anamnestisch nicht feststellen, da die Patientin nur angiebt, dass ihr vor einigen Wochen plötzlich bei schwerer Arbeit eine Geschwulst aus der Scheide hervorgetreten sei.

Eine nicht selten gemachte Beobachtung ist das Aufhören des Wachstums, ja sogar die Verkleinerung der Fibromyome mit Eintritt der Menopause, die jedoch nach Schorler erst später eintritt, als bei gesunden Frauen.

Von besonderem Interesse dürfte wohl bei dem vorliegenden Tumor das Vorhandensein zahlreicher Gefässe in dem unteren Abschnitte sein. Es steht durch die Erfahrung nämlich fest, dass zur Zeit der Menstruation durch die Veränderung in der Blutfüllung die auffälligsten Unterschiede in der Grösse stattfinden, derart, dass mit dem Aufhören der menses die Geschwulst bedeutend abnimmt, oder sogar fast verschwindet. Ferner findet auch hier die von den Forschern aufgestellte Behauptung, dass die zahlreichen Gefässe den Anlass zu profusen Menstrualblutungen geben, ihre Bestätigung, denn die Patientin hat nach ihrer Angabe thatsächlich bei der Menstruation an sehr starken Blutungen gelitten.

Wie bei fast allen Tumoren sehen wir auch bei den Fibromyomen des unteren Uterusabschnittes im Verlaufe längeren Bestehens mannigfache Strukturveränderungen auftreten. Zunächst findet man, dass entzündliche Processe eintreten, ohne, dass man sich im allgemeinen ein klares Bild darüber machen kann, wie die Entzündung zu stande gekommen ist.

Während Gusserow der Ansicht zuneigt, dass nekrotische Vorgänge im Innern eines solchen Tumors nötig sind, um eine Entzündung herbeizuführen, dürfte in unserem Falle das Vorhandensein von entzündlichen Processen, wie sie in den mikroskopischen Bildern ausgesprochen sind, eine einfachere Deutung dadurch finden, dass hier, nachdem durch mechanische Reize im untern Teil die Geschwulst der schützenden Epitheldecke verloren gegangen, Entzündungserregern eine offene Eintrittspforte geschaffen war. Dass es sogar zu einer umfangreichen eitrigen Schmelzung bei derartigen Tumoren kommen kann, ist durch eine Anzahl von Autoren, wie G. Braun, Hecher, Ch. Carter festgestellt, welche berichten, wie in einzelnen Fällen mehrere Liter Eiter entleert wurden.

Der Verlust der bekleidenden Oberhaut ist jedoch auch die Ursache der weit häufiger eintretenden Verjauchung. Wenn nun auch von vielen als ein Über-

gangsstadium von den beiden jetzt genannten Veränderungen, eine Erweichung angenommen wird, so ist diese entweder als ein einfaches Oedem oder als ein wirklicher Zerfall der Geschwulst, bei welchem zufällig die gewöhnlichen Erscheinungen der Verjauchung, wie Geruch und Ausfluss mehr oder weniger vorhanden sind, aufzufassen. Zweifelsohne würde auch bei unserer Patientin, wenn der Tumor sich selbst überlassen und unbehandelt geblieben wäre, eine Verjauchung desselben eingetreten sein, da sich auch hier Ausfluss und Geruch, allerdings nur in geringem Masse bemerkbar machten. Begünstigt würde das Eintreten der Verjauchung noch dadurch sein, dass reichliche Oedemflüssigkeit, deren Ursache in Circulationsstörungen zu suchen ist, vorhanden war.

Als ein seltenes Stadium der regressiven Metamorphose bei Fibromyomen wäre noch die Ablagerung von phosphorsauren, schwefelsauren und kohlensauren Kalksalzen, die in der Regel in dem Bindegewebe stattfindet, zu erwähnen.

Obwohl es mit Sicherheit nicht festzustellen ist, dass Fibromyome des Uterus carcinomatös oder sarkomatös entarten können, so ist doch die Möglichkeit eines Überganges in eine maligne Form nicht von der Hand zu weisen. Oftmals wird man in die Lage ver-

setzt, bei makroscopischem Anblick an eine derartige maligne Entartung zu denken, und so bot auch unser Tumor an manchen Stellen das Aussehen eines Sarcoms dar, eine Annahme, welche sich allerdings ja durch die mikroscopische Untersuchung als irrig erwies.

Nutzlos würde es sein, eine Erklärung für das Zustandekommen der Fibromyome am unteren Uterusabschnitt zu versuchen, da wir bekanntlich über die Ursache der meisten pathologischen Neubildungen sehr wenig wissen.

Unter den mannigfach angeführten Theorien zur Erklärung der Herkunft der Fibromyome seien erwähnt die von Virchow, Winckel und Cohnheim.

„Ersterer wies auf den irritativen Charakter der Myombildungen hin und sprach den Gedanken aus, dass hierbei dann entweder eine ungewöhnliche Höhe des lokalen Reizes oder ein lokaler Schwächezustand das veranlassende Moment abgeben könne.

Diese Ansicht hat in ähnlicher Weise Winckel vertreten, indem er auf die Einwirkung örtlicher Reize das Hauptgewicht legt. Wenn seine Annahme richtig sein sollte, so müssten sich gerade an den unteren Partieen des uterus, die doch am meisten örtlichen Reizen ausgesetzt sind, am häufigsten Fibromyome finden. Dies ist jedoch, wie schon oben erwähnt,

nicht der Fall und so müssen wir die Winckel'sche Theorie, die auch andere Mängel hat, als unzureichend betrachten.

Eine zwar auf anatomischer Grundlage beruhende und demnach etwas befriedigendere, aber doch noch immerhin unzureichende Erklärung giebt Cohnheim durch die Behauptung, dass diese, wie sämmtliche anderen Geschwülste auf embryonaler Anlage beruhen, indem versprengte Wachstumskeime aus irgend welchen Gründen zu einer unregelmässigen, atypischen Entwickelung gelangen.

In gleicher Weise, wie bei den Fibromyomen des Uteruskörpers sind auch bei denen des unteren Abschnittes und wie in unserem Falle der hinteren Muttermundslippe zwei Hauptsymptome vorhanden: starke Blutungen und Schmerz. Die Blutungen sind meistens das erste und jedenfalls das häufigste Symptom und treten in der Mehrzahl der Fälle unter der Form der profusen Menstrualblutungen auf. Und zwar sind am bedeutendsten diese Blutungen bei allen submucösen und den meisten interstitiellen Myomen. Auch unsere Patientin giebt an, zur Zeit der menses starke Blutverluste gehabt zu haben. Wenn nun in der Regel die Blutung nicht aus der Geschwulst selbst kommt, so haben hier unzweifelhaft Blutungen direkt

aus dem Tumor stattgefunden, da schon Blutungen bei der einfachen Berührung desselben eintraten.

Die Menge des verlorenen Blutes kann eine ganz beträchtliche sein, so dass die Kranken nicht mit Unrecht von einem Blutsturz während der Regel sprechen.

Das zweite Hauptsymptom, welches für das Vorhandensein eines Fibromyoms spricht, sind die Schmerzen oder wenigstens abnorme Gefühlsempfindungen. Die Schmerzen treten hauptsächlich während der Menstruation auf und haben meistens einen spannenden, ziehenden Charakter infolge der Zerrungen der Uteruswandungen. Auch unsere Patientin hat an derartigen Schmerzen zu leiden gehabt, doch sind dieselben nie beträchtlich gross gewesen. Dazu kam noch in diesem Falle, dass die Kranke stets das lästige Gefühl eines Fremdkörpers in der vagina hatte.

So schwer zuweilen auch die Diagnose von Uterusmyomen sein kann, wie bei submucösen Fibro-Myomen, die noch nicht eine bestimmte Grösse erreicht haben, so war doch in dem vorliegenden Falle dieselbe nicht mit grossen Schwierigkeiten verknüpft, da einmal die vordere Muttermundslippe abzupalpieren, ferner der Muttermund etwas geöffnet und schliesslich es schon durch die Inspection klar war, dass der Tumor von der hinteren Muttermundslippe ausging. Ausserdem

war bimanuell der Fundus uteri zu fühlen und konnte der Tumor daher nur bei ganz oberflächlicher Untersuchung als ein invertierter Uterus imponieren.

Für die Therapie der Uterusfibromyome ist es von Wichtigkeit, womöglich festzustellen, ob in der betreffenden Geschwulst die Muskelelemente oder die fibrösen vorwiegen. Die reinen Myome zeichnen sich häufig durch starke wehenartige Schmerzanfälle aus und ist daher ihre Entfernung auf operativem Wege vor allen Dingen geboten. Überhaupt ist selbstverständlich wie bei allen Geschwülsten die beste Therapie das Messer und kommen andere therapeutische Massnahmen erst in zweiter Linie in Betracht. Bei reinen Myomen hat sich allerdings die Behandlung mit Secale cornutum resp. mit Ergotin bisweilen bewährt. Man hat bei dieser Behandlung beträchtliche Verkleinerung, ja sogar gänzliches Verschwinden der Geschwulst gesehen. In dem hier behandelten Falle war natürlich die Entfernung des Tumors durch Excision das einfachste und richtigste Verfahren.

Durch die günstige Lage des Tumors wurde die Operation zu einer leichten.

Wie bekannt, sind die Fibromyome prognostisch gutartig, so dass die Patientinnen nach sorgfältiger Entfernung der Geschwulst als vollständig geheilt be-

trachtet werden können. Werden sie jedoch sich selbst überlassen, so bringen sie mannigfache Gefahren mit sich, indem dieselben einmal einen malignen Charakter annehmen oder wenn sie ihre gutartige Struktur behalten, durch den Übergang an Entzündung und Verjauchung, durch profuse Blutungen zu schweren Erkrankungszuständen und Gefahren Veranlassung geben können. Auch in unserem Falle werden wir das günstige Resultat einer völligen Heilung konstatieren können, da die genannten Gefahren durch die frühzeitige Operation gänzlich beseitigt sind.

Zum Schluss ist es mir eine angenehme Pflicht, Herrn Geheimrat Professor Dr. Pernice für die Anregung zu der vorliegenden Arbeit und die freundliche Überlassung des Falles meinen herzlichsten Dank zu sagen.

Litteratur.

Beigel: Die Krankheiten des weiblichen Geschlechts.

Gusserow: Die Neubildungen des Uterus.

Schröder: Krankheiten der weiblichen Geschlechtsorgane.

Winckel: Lehrbuch der Frauenkrankheiten.

Lebenslauf.

Am 21. November 1866 wurde ich, Eckhhard Frommhold Heinrich Briest, evangelischer Confession, geboren zu Boltenhagen adl. Kreis Greifswald, als Sohn des verstorbenen Rittergutspächters Gustav Briest und seiner Ehefrau Louise geb. Wossidlo. Meinen ersten Schulunterricht erhielt ich im elterlichen Hause. Im Herbst 1876 kam ich auf das Gymnasium zu Greifswald, welches ich Michaelis 1887 mit dem Zeugnis der Reife verliess. Ich bezog die Universität Greifswald und studierte während des W.-S. $18^{87}/_{88}$ Theologie und Philologie. Ostern 1888 trat ich zur medicinischen Fakultät über und bestand am 24. Februar 1890 die ärztliche Vorprüfung. Auch meine klinischen Studien setzte ich in Greifswald fort und absolvierte während des Verlaufes des Prüfungsjahres $18^{92}/_{93}$ die medicinische Staatsprüfung. Am 2. Januar 1894 bestand ich das Examen rigorosum.

Während meiner Studienzeit hörte ich die Vorlesungen, Kurse und Kliniken folgender Herren Professoren und Docenten:

Arndt, Ballowitz, Gerstaecker, Grawitz, Heidenhain, Helferich, Hoffmann, Holtz, Landois, Limpricht, Loeffler, Mosler, Overbeck Peiper, Pernice, von Preuschen, Schirmer, Schmitz, Schulz, Sommmer, Solger, Strübing.

Allen diesen meinen hochverehrten Herren Lehrern spreche ich an dieser Stelle meinen ehrerbietigsten Dank aus.

Thesen.

I.

Bei der grossen Häufigkeit der Fibromyome ist die Seltenheit ihres Auftretens am unteren Uterusabschnitte schwer zu erklären.

II.

Es empfiehlt sich bei Chlorose mit kleinen Quantitäten Eisen zu operieren.

III.

Zu der Anfertigung von Pessarien ist das Celluloid jedem anderen Material vorzuziehen.